

**Misión:**  
Proteger, promover y mejorar la  
Salud de todas las personas en Florida  
A través del esfuerzo conjunto del  
Estado, el condado y la comunidad.



**Rick Scott**  
Gobernador

**Celeste Philip, MD, MPH**  
Cirujano General y Secretaria

**Visión:** Ser el Estado más saludable de la Nación

## DESIGNACION DE SUSTITUTO PARA CUIDADO DE SALUD DE UN MENOR

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, el guardián(es) natural como se ha definido en s. 744.301(1), estatutos de Florida, [ ] protector(es) legal,  
[ ] guardián(es) legal (**marque uno**) del siguiente menor(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conforme a s. 765.2035, Estatutos de la Florida, designo la siguiente persona para actuar como mi/nuestro sustituto en la toma de decisiones de salud para el menor(es) antes mencionado en el evento de que yo/nosotros no sea/seamos capaz o no esté disponible para proveer consentimiento para el tratamiento médico, quirúrgico o procedimientos diagnósticos:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si mi/nuestro sustituto para decisiones de salud para el menor no está dispuesto, capaz o disponible para realizar sus deberes, Yo/nosotros designo la siguiente persona como mi/nuestro sustituto alternativo para decisiones de salud para el menor.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo/Nosotros autorizo y solicito a todos los doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médicos que sigan las instrucciones de mi/nuestro sustituto o sustituto alternativo para decisiones de salud para el menor, así lo requiera el caso, bajo todo momento o circunstancia, con respecto a tratamiento médico, quirúrgico o procedimiento diagnóstico para el menor. Cuidado de salud para cada menor debe ser proporcionado por un médico con la licencia requerida.

Yo/Nosotros entiendo completamente que esta designación le permitirá a mi/nuestro designado tomar decisiones de salud para el menor y proveer, poner en espera o retirar consentimiento en mi/nuestro nombre para aplicar por beneficios públicos que le permitan pagar por costos médicos y autorizar la admisión o transferencia de un menor hacia o desde una instalación de atención médica.

Yo/Nosotros notificare y mandare una copia de este documento a la siguiente persona(s) diferente a mi/nuestro sustituto de manera que ellos sepan la identidad de mi/nuestro sustituto:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Testigos:

1. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Departamento de Salud de Florida  
Condado de Pinellas  
205 Dr. Martin Luther King Jr. St. N. St. Petersburg, FL 33701-3109  
Telefono:(727) 824-6900 . Fax: (727)820-4285  
**FloridaHealth.gov**



**Accredited Health Department**  
Public Health Accreditation Board

